

訪問介護サービスは特に登録ヘルパーが多く、業務の大部分をサ責が担っているのが現状です。

介護サービス全般に言えることですが、作成して保存しなければならない書類が多くサ責の方々は本来の業務の傍らに膨大な書類の作成を担っています。

介護記録や介護計画書や介護記録等記録類はいまやスタッフ同士の情報共有のみならず、利用者及びその家族に見せるモノなのだという認識を持っていない方々がまだまだいらっしゃるような気がします。

そこで本稿では皆様が苦手な介護記録や訪問介護計画の作成のポイントについて考察していきたいと思います。また書類作成において避けて通ることが出来ないケアマネジメントプロセスについても触れていきたいと思っています。

1) 訪問介護計画作成の前に、サービス提供責任者がやっておくべきこと

介護計画は以下のプロセスを踏んで作成されます。

アセスメント➡ニーズ分析➡アセスメントシート➡訪問介護計画書

そのうち計画書作成において特に重要となるアセスメントとニーズ分析について触れておきます。

a)アセスメント

アセスメントの視点で重要な事とは

アセスメントはその名の通り、利用者からの情報収集ですが、良い介護計画書が利用者にとって満足いくかどうかは、利用者及びその家族が本音で話をしてくれるかどうかにかかっています。

利用者への質問の仕方で問題になってくるのが、いかに利用者信頼関係を築けるかです。これによって今後のサービスの質を左右するといっても過言ではありません。

では利用者により良い信頼関係を築くためにはどうすればよいのでしょうか。

そこに介護のプロとして必要不可欠な「対人援助スキル」が必要となってくるわけです。

この対人援助スキルを身につけることが、利用者への質問をスムーズに進めることになり、利用者との信頼関係を築くことになり、ご家族から本音を聞き出すことになるのです。

また、利用者家族の方からの依頼の場合、今まで一人で介護をされてきて、もう精神的に、また身体的に限界な状況で介護サービス利用を考えておられることを常に心にとめていただきたいと思います。そういう状況の中でどういう声掛けが必要か、

それは「相手をねぎらう言葉」なのです。(図 1)

この言葉がいかに相手を安心させるか、ご自分の体験を顧みていただければよくわかると思います。

まず、アセスメントうんぬんよりも、相手を気遣ってあげること、一見、アセスメントと関係ないような感じがしますが、実はこれがアセスメントの大前提となっていることを認識していただきたいと思います。

利用者及びその家族から情報を聞き出す工夫のポイントは以下の3つに集約されると思われます。

①相手の主訴に近いことから聞いていき、核心的な問いかけへと続ける

とにかく、相手に訴えたいこと、言いたいことを言ってもらう、これが重要です。そしてサービスで提供してほしいことを、聞き出します。大まかでいいのです。

ここで、気になる事柄があれば、どんどん箇条書きにメモしていきましょう。利用者や家族から出た言葉もどんどんメモしていきます。ニーズ分析では、このメモ帳が重要な材料になります。

そして、サービス提供してほしい内容がある程度分かったところで、サ責が主訴に関連した質問をどんどんしていきます。

②一度ですべてを聞いてしまおうとしない

一度で聞きいてしまおうとしないで、数回の訪問に分けて質問をしていくことも重要です。

サ責は多忙を極めています。従ってできれば1回でアセスメントを終了したいというのが本音ではないでしょうか。しかし人間は、当日より後々冷静になって考えることができるのです。その利点を生かし、場合によっては数回に分けて情報収集することがよいサービスが提供できることを忘れずにしたいものです。

もし1回しか利用者宅を訪問する時間がないということでしたら後日電話で確認してもよいのではないのでしょうか。

③本人の強みも聞くこと

例えば本人が、入浴を手伝ってほしいという要望があるとします。その際に本人の強み（つまり今現在できている事）を聞くことも重要です。

入浴介助といっても、体全体が洗えないのか、それとも背中だけ洗えないから（前は洗えることが本人の強み）背中だけ洗うことを支援してほしいのかで支援内容はずいぶん違ってきます。

介護計画書を立てる上で重要なことは、できない事だけに注目するのではなくて、できること（本人の強み）も盛り込みなさい、と介護保険等などで規定されています。（図2）

そして利用者から本人の強みが出てきたら、すかさず褒めてあげる、これが重要なのです。

家族から生活歴と本人の性格を聞く際に必要な事とは

先にも申し上げましたが、利用者及び家族との信頼関係を構築する事、これがアセスメント成功の可否を握っていると言っても過言ではありません。特に利用者を昼夜介護している家族のストレスは計り知れないものです。そこで私たちが利用者や家族との信頼関係を構築するために大切なことはまず温かい言葉をかけてあげることではないでしょうか。

繰り返しになりますが、利用者及びその家族との信頼関係を構築するには、対人援助としてのスキルを身に付けとかなければなりません。

ポイントは以下の通りです。

- (I) 聴き手が聴き取りやすいように、ゆっくり明瞭に伝える
- (II) 分かりやすく簡潔に、理解できているか確認しながら
- (III) 語尾に注意する。省略したり、語尾を上げたり伸ばしたりしない
- (IV) 慣れ慣れし過ぎたり、逆に丁寧過ぎない
- (V) 専門用語を極力使わない

(I)～(V)は家族から生活歴と本人の性格を聞く際の大前提となります。つまり、これらのスキルを身に付けることによって利用者や家族との信頼関係が構築でき、生活歴や本人の性格をスムーズに聞き出すことにつながるのです。また説明責任（＝アカウントビリティ）にも大いに関係があります。アセスメントの情報収集の時間短縮のポイントになるだけでなく、リスクマネジメント（危機管理）にもつながります。

b)ニーズ分析

アセスメントが終わったら今度はニーズ分析です。ニーズ分析とは読んで字のごとく、利用者が今介護サービスで望んでいることは何か明確にしていくことです。

では、的確なニーズ分析ができるために踏むべきポイントとは何でしょうか。

それは、①アセスメントチェックシートの活用②観察力を身に付けることの2つです。

①チェックシートの活用

ベテランのサ責がアセスメントをするのであれば、このような書類は必要ないとは思いますが、とにかく新人のサ責が利用者宅に伺った場合、何を質問すればよいのか、途方に暮れるのではないのでしょうか。そこでケア計画書を作成するワンクッションとしてこのシートの活用をお勧めします。

- ・該当箇所を✓するだけで済む
- ・業務の時間短縮につながる
- ・チェックにない項目に関してのみ箇条書きにして記録を残す (図 3)

このシートを活用することでニーズ分析の際の重要な材料になります。

②ICF をアセスメント情報整理シートとして使用する (図 4)

これは①のチェックシートの代用として ICF をアセスメントチェックシートとして使用するものです。

この ICF にはあらかじめ、Ⅰ心身機能・身体状態 (生命レベル)、Ⅱ活動 (生活レベル)、Ⅲ参加という項目に利用者や家族から聞き取った情報を当てはめていくものです。

これだと、散乱した情報を ICF に当てはめることにより、情報が整理できるのではないのでしょうか。

ケア提供の最終目標は、Ⅰ心身機能・身体状態 (生命レベル) とⅡ活動 (生活レベル) をⅢ参加に持っていくことです。

③観察力を身に付ける

最近では難病を持った利用者も見受けられ、介護保険サービスを利用するようになってきました。

もし、医学書などで知られている病気ならば、すすんで習得することが重要です。もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講することが必要になってくるでしょう。

これらに支援のヒントが隠されているからです。今後は介護スタッフと言えども、ある程度の医療知識 (病気・症状に対する知識の習得) が必要になってくるのではないかと思います。

もし、今後、担当する利用者が難病 (パーキンソン病、ALS など) でしたら、症状のことが分かっているならそれなりの支援の計画も立てやすいのではないのでしょうか。

④とにかく実践を繰り返すこと!!

ニーズ分析がうまくいくためには、とにかく実践を繰り返すしか方法はありません。いくらアセスメントシート作成のワンクッションとしてチェックシートや ICF をアセスメント情報シートとして利用しても結局はベテランスタッフのやり方をまねるしか上達する近道はないように思われます。

2) 訪問介護計画に盛り込むべき事項と表現の仕方

訪問介護計画書とは文字通り、介護に関する計画書です。この計画書作成に関して大原則は「ケアプランに沿った計画を立てる」ことです。

まず計画書に最低限盛り込まれていなければいけない項目は以下のものとなります。

- ・長期目標
- ・短期目標
- ・サービス提供の日時
- ・支援内容

また必須ではありませんが、備考欄を設けておくとう便利です。この項目は家族に伝えておきたいことや将来的にどういった方向に介護サービスを進めていくか家族に伝える項目になります。

はなぜ、このような項目を介護計画書に盛り込まなければいけないのでしょうか。

それは介護計画書は契約時に利用者に見せなければいけないからです。そのためにはわかりやすく誰が見てもわかりやすく、記載する必要があります。従って目標やサービス提供日時あるいは支援内容が自ずから必要となってくるわけです。

またわかりやすい記載が求められる事を受け厚労省は平成 11 年に「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」を発表しました。

それには以下のことが規定されています。

(訪問介護計画の作成)

第二十四条 サービス提供責任者(第五条第二項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第二十八条において同じ。)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。

2 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。(以下略)

これを解釈すると以下ようになります。

作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに(アセスメント)し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにすること。

また後述するケアマネジメントプロセスの観点から記載する上で注意するポイントがあります。それは

目標(長期、短期)やサービス内容についてケアプランの記載内容をそのまま介護計画書に書き写すことはできない

なぜ、ダメなのでしょう

後述するケアマネジメントプロセスによると

① ケアプランの記載内容をもとにして、訪問介護事業所にてモニタリングする

↓

② ①にてモニタリングした結果を訪問介護事業内で作成した計画書に書き込む

とあります。

ケアプランと介護計画書の記載内容の違いを挙げると以下の通りになります。

・ケアプラン・・・利用者がかかわるすべての事象者のサービス概要をまとめたもの

・介護計画書・・・ケアプランに記載されている概要をさらに深く掘り下げて詳細なサービス内容を記載したもの

以上の違いを考慮に入れると当然ケアプランと介護計画書の記載している表現は相違していなければおかしいということになるわけなのです。

記載内容に関しては相違してはいけません。あくまでも記載表現が相違していなければいけないということです。(図 5)

3) 作成にあたって、どのように記載すべきか

では介護計画作成においてどのように記載したらよいのでしょうか。

記載のポイントは以下の通りです。

- ・計画書の書く項目ができるだけ空欄なく記載されている事
- ・分かりやすい言葉で書かれている事 (専門用語は使わない)
- ・サービス内容などは具体的に (数値などを使うことが効果的)
- ・あいまいな表現を使わない事

I. 目標について (長期、短期を含む)

大原則は「分かりやすく、しかも具体的に」記載することです。

また利用者家族に分かりやすく、箇条書き、「○○します」「△△しましょう」など丁寧語で書くことが一般的となっています。

また間違った例ではありませんが、原因と結果を関連付けて記載することで具体的な目標が出来上がります。

記載例 ○○なので△△できるようにします。

- ・一人で散歩できるようにして生きがいを取り戻すようにします。
- ・孫に迷惑を掛けたくないで、料理ができるようにします。
- ・家族に迷惑を掛けたくないで、一人で入浴出来るにします。

このように、目標を記載する際に、利用者本人の気持ちを記載することでより個別性が生まれ、利用者家族との信頼関係がより強固なものになるのではないのでしょうか

さらには目標に至る原因を記載することも個別性を表すものとなります。

目標の設定は、個別性を表すことがとても重要になってきます。

個別性を表すことで、利用者家族から信頼を得ることが出来、より信頼関係が強固なものとなり、今後のケアがうまくいくのです。

II. サービス内容について

この部分も「分かりやすく、具体的に」が大原則です。

「出来るだけ」「随時」とかのあいまいな表現はできるだけ避けるべきです

また、職員による気遣いの言葉を入れるとより、家族との信頼関係が強固なものとなります

- ・独居の方で普段話す相手がいないから、ヘルパー業務の際にもなるだけ雑談をして穏やかに過ごしていただくようにします。
- ・突然、情緒不安定となることがあるので、常にスタッフが見守りを行います。
- ・突然泣き出したときは手の空いたスタッフがそばに寄り添ってお話をお聞きして不安を軽減するように配慮を行います。

目標設定と同様にサービス内容にもこのように職員による気遣いを記載することで、利用者家族から見ると事業所の評価が一挙に高まります。またこのような表現は個別性を表しており、信頼関係がより強固なものになるのではないのでしょうか。

介護計画書に盛り込む記載例は図6をご覧ください。

また今までの解説を踏まえての介護計画書作成例は図7になります。

4) 訪問介護計画の見直しについて

介護計画書を見直す機会が更新の際に発生します。その際のポイントとして以下の 3 点について考察していきたいと思います。

①介護記録

新規と違い、更新の際には介護記録がある程度蓄積されていると思われます。

まずはこの介護記録を見直してみましょう。

介護計画と介護記録の矛盾や支援目標の変更につながる場合があります。

②ケアプラン

介護計画書を作成する上での大原則があります。

介護計画書に盛り込む内容(目標、支援内容)はケアプランに記載している内容と乖離してはならない。

このことは、後述するケアマネジメントプロセスにも大いに関係しています。

③ケアマネジメントプロセス (図 8)

ケアマネジメントプロセスは介護計画書作成のみならずすべての書類作成に共通する重要な法則となるものです

すべてのサービス提供は以下のプロセスに沿って提供されなければならない

契約⇒アセスメント⇒プランニング⇒実行⇒評価

訪問介護のみならず、すべての介護サービス提供に関してはこのケアマネジメントプロセスに沿って提供されなければなりません。介護計画書を見直し際にこのケアマネジメントプロセスも考慮しなければいけません。

5) 記録類記載のポイント

さて、ここまで介護計画書についてみてきました。ここからは介護計画書作成に関係する介護記録やヒヤリハット報告書、ホームヘルパー指示書について記載ポイントを考察していきたいと思います。

I. 介護記録(業務日誌)

記載する上で注意するポイントは以下の通りです。

① 認知症利用者の BPSD について

「暴言、徘徊、介護拒否」等の主観的な表現は言語道断です。もし家族がこの表現を見たらどういった気持ちになるか考えてみてください。

② リスクマネジメント

リスクマネジメントの上記録の際に重要なのは”いつ起きたのか(When)”なのです。

記載のポイントで他の生活場面(レクリエーション等)When は必要です。しかし、事故時にはこの“いつ”がとても重要になってくる場合があります。なぜなら、裁判官が“いつ事故が起きたのか”が判決を左右する場合も十分あり得るからなのです。

③ ケアマネジメントプロセスを意識して記載する

アプランの内容に沿った記載を心がけること、そして、前述したケアマネジメントプロセスに矛盾していないかを確認することが重要です。つまり、介護記録に記載する表現は、ケアプランに記載している内容に沿った内容を記載しなければなりません。

④ 介護者としてどのような働きかけをし、利用者がどのような反応をしたかを記載する

利用者から発せられた言葉やスタッフとのやり取りも漏らさず、記載します。

⑤ ケアの目標や次のサービスに役立てることを意識する

いつもと違う様子について、今後の解決につながる記載をしておきましょう。

⑦ 正確な情報、また確認できた情報を記載する

憶測や推測を記載するなら、根拠を記載する事が必要です。

図 9 に様式をご紹介しますが、特に決まった様式はありません。出来たら介護記録簿に備考欄を設けていただき、その欄に上記①～⑦を参考にして記載していただけたらと思います。(図 10)

訪問介護の場合は、備考欄のスペースが狭いです。ですので普段の支援での異変やヒヤリハットにつながるであろうケースなど「これは事業所に伝えなければならない、共有しなければならない事」を備考欄に記載しましょう。

II.事故(ヒヤリハット) 報告書

ア) 略図を書くこと

事故の発生状況を説明するとき、文章のみではうまく説明できない事が多々あるでしょう。その際イラストを用いることによって、視覚的にも訴えることが出来るし、その時点でのスタッフの配置状況が一目瞭然で分かるのです。

イ) 回覧印

この欄を設けることが重要です。介護事業所というのは他職種が協力して一つのサービスを提供するという特殊性を有する職場です。という事は情報共有されていなければなりません。情報共有していますよ、という事を証明する為には、回覧印を設けて各スタッフの印鑑を押してもらう、これしかないのです。

ウ) 今後の解決策

この欄は、今後の解決策をカンファレンス等で話し合った結果、結論を明記しておきます。そうすることで新規職員の研修にも使えますし、情報共有にも一役買うことにつながります。

III.ホームヘルパー指示書

サービス指示書は、訪問介護計画で立てた「目標」や「サービス内容」の手順を、現場レベルに落とし込んだものを指します。サービス開始から終了までの“流れ”や“注意点”を具体的に記入し、ヘルパーは指示書をもとに仕事をします。

記載のポイントは以下の通りです。一言でいうとヘルパー初心者にも業務内容がわかるように細かく記載する事がポイントです。

- ・使用する「物品」の置き場所は具体的に書く
- ・ヘルパーが介助することと「利用者が自ら行うこと」を明確に分けて書く
- ・「NGワード・行動」を書く
- ・「主治医からの指示」を反映する
- ・「事故リスク」を書く
- ・「入退室時」の手順もこまかく書く

6) まとめ

いかがでしたでしょうか。今回は「書類」「記録」について解説してきました。ぜひ事業所にて活かしていただけたらと思います。

最後に書類の整理についてアドバイスをしておきたいと思います。(図 11)

皆様の事業所では、利用者別にファイルを作りその中に該当利用者のファイスシート、介護計画書等を透明のクリアファイルに挟んでいると思います。

私はよく、他事業所のアウトソーシングを依頼され、実際に施設に伺い、業務をさせていただくことがあるのですが、様々な書類を見ながらパソコンにデータを入力しているうちに書類がホッチキスで止めていない為、バラバラになってしまい、わからなくなってしまうことが多々あり、業務終了などに時間がかかってしまうといったことがあります。

そこで、項目別にホッチキスで止めて置くことをお勧めします。

例えば A さんの訪問介護計画書があるとします。

訪問介護計画書① (令和 1 年 1/1～令和 1 年 3/31)

訪問介護計画書② (令和 1 年 4/1～令和 1 年 7/31)

訪問介護計画書③ (令和 1 年 8/1～令和 1 年 12/31)

の 3 部があったとしましょう。

一番上に、最新の訪問介護計画書③、その下に訪問介護計画書②、一番下に訪問介護計画書①

つまり、最新 (更新時) の書類を常に一番上にしてそろえて上部をホッチキスで止めておくのです。このように止めておくことでバラバラになることもありませんし、イライラすることもなくなるはずです。

よくクリップで止めていらっしゃる方がいらっしゃいますが、これはあまりお勧めできません。何故ならファイルから取り出して業務で使っているうちにバラバラになってしまう可能性が強いからです。

新しく書類が作成された際には、めんどくさいとは思いますが、ホッチキスの芯を外して新規の書類を一番上にして新しく止めなおしましょう。

ケアプランやファイスシート、事故報告書等の各書類も同様にしてケアプラン同士、ファイスシート同士、事故報告書同士をそれぞれホッチキスで止めて、それらを一つのクリアファイルに挟んでおけば OK だと思います。

また書類の保存としてパソコン、USB メモリもしくは CD-R 上での保存も併せて行っておきたいところです (図 9)。何故なら、これはリスクマネジメント上から非常に効力を発揮するといえるからです。

もし万が一、何かしらの事故で書類を紛失してしまった場合、パソコンにデータを保存していればプリントアウトできますし、そのパソコンがフリーズして使えなくなってしまった場合、USB メモリがあれば窮地を抜け出すことができます。

そのために書類をパソコンへスキャンができる設定をしておいてください。

愛護計画書作成や介護記録等書類作成は本業の業務の傍らでの作業となり大変な作業となりますが、これらの書類は万が一の際にリスクマネジメントの観点から私たちの身を守ってくれる材料となりうることをご認識して普段の業務に励んでいただきたいものです。

参考・引用文献

- 1) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年三月三十一日) 第二章 訪問介護
- 2) 介護保険法(平成九年十二月十七日) 第一章 総則
- 3) 【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方
- 4) 【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成

図1 労いの言葉の効果

専門職=指導・助言ではない!!

ねぎらいの言葉をかけることが大切

例

- ・お辛いですね。
- ・そのお気持ちよくわかります
- ・よく頑張っておられますね。
- ・そのお気持ち、お母様（認知症高齢者）にはきっと伝わっていますよ。
- ・今までよくここまで頑張ってくださいね。
- ・無理だけはしないでください。あなたが着いておられることがお母様にとって一番大事ですから。

介護する家族にとって最も理不尽なこと

周辺症状が軽減してきたとき

認知症状が悪化したとき

周りから「症状が安定してる」

周りから「介護する人の関わり方が悪い」

理不尽さ

介護する人が頑張ったからこそ症状が落ち着いたにもかかわらず、評価されることは滅多にない!!

図2 介護計画書に盛り込むべき事

介護計画作成の上で重視するポイント

社会福祉法〔第3条 基本理念〕

福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービス利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援するものとして良質かつ適切な者でなければならない

介護保険法 第一章 総則 第一条

（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。



「～その有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るよう～」

⇒介護計画書には出来ること（本人の強み）も盛り込み事

図3 アセスメント情報収集・チェックシートとヒアリングシート

アセスメントチェックシート

項目	詳細動作	チェック項目			特記事項
買物	買物に行く	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	自分で物品を選ぶ	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	品物袋やカゴに入れる	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(軽い物)	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(重い物)	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	支払い	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	おつりの確認	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	メニュー決め	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
買物	材料の確認	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	調味料の確認	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	味つけ	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
・チェック項目は全て記入しなく体よい。該当する箇所のみ✓を入れるように ・特記事項はスタッフが本人または家族と接した際に気づいた事、またケアする際に注意した事、その他特記事項を記入する。					
片付け・配膳 下膳	キッチン				
	調味料の補充	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	盛りつけ	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	実施	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	配膳	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	下膳	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	食器洗い	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	調理器具類	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	食器洗	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	収納	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
片付け・配膳	残飯処理	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	はたきかけ	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	バケツに水溜め	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	
	雑巾洗い	☐ できる(自立)	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない(全介助)	

ヒアリングシート

実施日時	家族の要望・生活環境など	考えられるサービス
○月△日	・本人は若いころから妻と一緒に旅行に行くのが楽しみ ・清掃等は奥さまがされているとのこと ・本人は妻に迷惑かけていて申し訳ないと自分を責めている。 ・足腰が弱くなってきているのである程度歩けるようになりたい。	
○月	・妻の手料理を食べるのが好きだ ・余生は妻と ・ヒアリングした情報は箇条書きで書くといよい。 ・出来るだけ、利用者本人・家族から発せられた言葉を記入する。	☐ 生活援助
	・今は妻に リハビリをして足腰を強めていきたいと本人は意欲満々	

希望記入欄

利用者の状態について	・今は一人で何とか歩けるが、年々足腰が弱る ・人様に迷惑をかけるのが嫌 ・以前は、杖も持たず、一人で歩いていた ・週 1,2 回、散歩に出かける
------------	---

図4 アセスメント情報整理シート（ICF に情報を当てはめた事例）

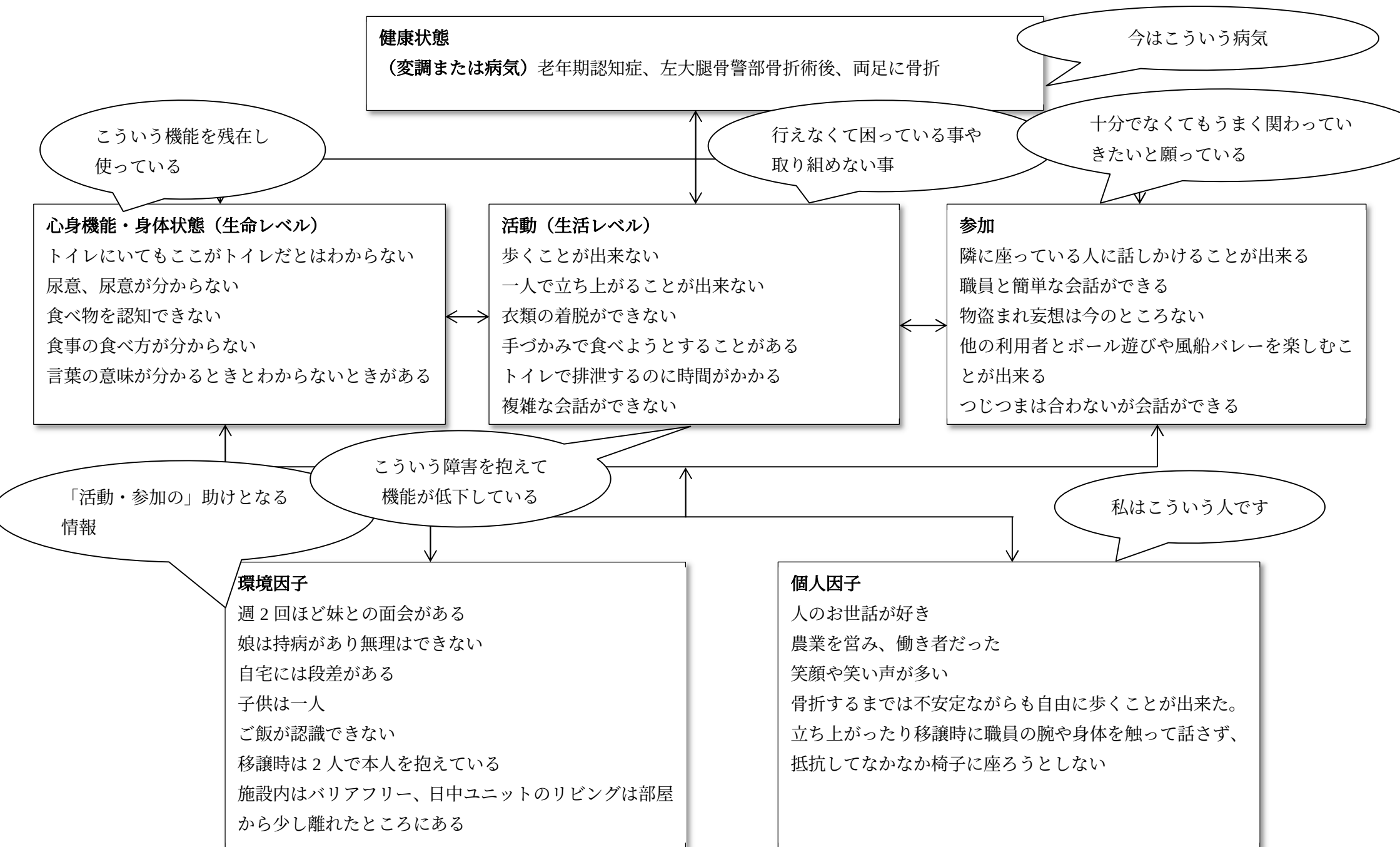


図5 ケアプランと介護計画書の記載内容相違点について

ケアプラン・・・利用者がかかわるすべての事象者のサービス概要をまとめたもの

利用者氏名 T 様

居宅サービス計画書 (2)

目標		援助内容	
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
近所の人と話ができるようになる	近所を散歩できるようにする	可動域を広めることができるようにして生きがいを取り戻すようにする	〇〇訪問介護
口から食べることができない	一人で食べることができるようになる		△△訪問看護
生きがいを持てるようにする	進んで他人と話すことができるようになる		××通所介護



介護計画書・・・ケアプランに記載されている概要をさらに深く掘り下げて詳細なサービス内容を記載したもの

訪問介護計画書

利用者氏名 T 様

長期目標	・家族に迷惑をかけられないというご本人の希望から一人で散歩ができるようになります。 ・近所の人に話ができるようになる
短期目標	・ヘルパーと出かける機会を増やすようにする。 ・ヘルパーと出来るだけ話ができるようにします。 ・ヘルパーと気軽に話ができるようになった後、歩行訓練もかねて少しずつ外出を促進していき、近所の人と話せるようになります

サービス内容及び留意点

.....

ケアマネジメントプロセスの観点からケアプランと介護計画書の記載事項(目標、サービス内容等)はケアプランに記載内容をそのままを書き写すという行為はしてはならない。(別々の書類として考えるべき)

図 6 介護計画書に盛り込む記載例

I. 目標について (長期、短期を含む)

具体的に記載するのがポイント

【悪い例①】

QOL の向上



QOL (専門用語) の記載では、家族には分かりません。また漠然過ぎて何をどのように向上するのか見えてきません。

【良い例①】

・自宅近くの散歩ができるようにします
・一人で料理ができるようにします。

また「出来るだけ」とか「随時」とかのあいまいな表現は避けましょう

【悪い例②】

出来るだけトイレに行けるようにする



これではどの程度、トイレに行けるようにするのが分かりません。

【良い例②】

時間を決めてトイレで排泄できるようにします。
トイレに座れるように 10 分程度維持できるようにします。

目標設定の際、数値を入れるとより具体性が伝わります。

【良い例③】

脱水にならないように適量水分が取れるようにする



適量とはどの程度なのか分かりません。具体的に数値を入れてください。

・脱水にならないように 1 日 1,200cc 摂取できるようにします。

こういった部分をどのようにできるようにするのか明確にすることも大切です。

【悪い例⑤】

可動域を広める



可動域とは専門用語です。利用者家族には分かりません。また体のどこをどの筋肉を広めてどのようにするのが明確ではありません。

【良い例⑤】

太もも部分の筋肉を回復し、自力で歩けるようにします。

II. サービス内容

具体的にわかりやすく・簡潔にが基本

【悪い例①】

〇〇の場合はできるだけ手伝う



〇〇とはどういう場合でしょうか。また出来るだけとはありますが、どの程度、手伝うという事でしょうか。

【良い例①】

職員がお声掛けをしてトイレに行こうとして自力で歩行できないときは、横についてトイレまで歩行介助をします。

【悪い例②】

本人の調子が悪い時は声掛けを行う

↓
本人の調子の悪い時とはどういう時でしょうか。また職員によっても「調子が悪い」という判断は違うはずです。その場合は「血圧が〇〇以下の時は」と記載するようにします

【良い例②】

バイタルの結果血圧が、〇〇以下の時は、あいた職員が声掛けを行い、本人がきついと訴えたときは、看護師に報告とするとともにご家族にも報告を行います。

【悪い例③】

随時、排泄の声掛けを行う

↓
随時というのはどういった場合でしょうか。どういうケースの場合に声掛けを行うのでしょうか。その点が記載されていません。
↓
この場合は、「食事の際」「お帰りの際」とか具体的に記載するようにします。

【良い例③】

お帰りの際、あいた職員が必ず声掛けを行い、ご本人がトイレに行きたいと訴えたら、トイレまでお連れします。

具田的な数値を記載ことも重要です。

【悪い例④】

歩行ができるようにリハビリを行う

↓
リハビリとはどういうものでしょうか。どういう運動訓練を行うのでしょうか。
読む側は全く伝わってきません。この場合は、訓練の種類と〇〇回行いますという数値を入れることがポイントです。

【良い例④】

一人で歩行できるように踏み台昇降を行い、最終的には 1 分間で〇〇回出来るように機能訓練師が歩行介助を行います。

図7 訪問介護計画書

利用者	フリガナ		性別	更新日	平成	〇〇	年	△	月	×	日
	氏名	〇〇A子様	様	女	計画作成者（担当サービス提供責任者）						
					〇〇 〇〇						

【長期目標】
・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態が少しでも抜け出すことができるようにします。 ・B男さんのご希望からできるだけ在宅で介護ができるようにします。 ・A子さんの筋力維持を図ります。

【短期目標】
・B男さんの介護負担軽減の為、息抜きの時間を作っていただきます。 ・B男さんが一人で介護できるようにヘルパーがサービス提供できる部分は積極的に提供していきます。 ・可能な限り長女の方に介護に参加していただけるようにします。 ・理学療法士による在宅リハビリサービスを利用しA子さんの筋力維持を図ります。

【家族の要望】	
身体・家事に関する事	【B男さん】今まで奥様に迷惑ばかりかけてきたからせめて家で出来る限り介護をしてあげたい。 【長男】両親には楽になってもらいたため、母親には施設に入所してもらいたい。 【長女】病院や施設の食事が合わないので介護をできるようにして、施設入所以外の選択肢がないか探したい。

週 間 予 定 表				訪問介護員
曜 日	時 間 帯			
月、木	10：10	～	11：10	〇〇 〇〇
火、金	13：00	～	14：00	
土	18：00	～	19：00	

適切でない介護計画書とは・・・
全体的に空欄が多く、こういった介護を提供するのかが見えてこない
・利用者又はその家族に見せるものだという前提で作成されていない
・「出来るだけ」というあいまいな表現が使われており、具体性に欠ける
・「幻覚」「妄想」といった主観的な表現が使われており家族に不満が発生

【サービス内容】

【身体介護】

「出来るだけ」というあいまいな表現が使われており、具体性に欠ける

「幻覚」「妄想」といった主観的な表現が使われており家族に不満が発生

サービス項目	
トイレ介助	ヘルパーが伺った際は、ポータブルトイレにお連れします。
	深夜についてはA子さんのリスクを減らすためオムツの着用徐々に慣れていただくようにします。
	B男さんが腰を痛めないように、楽にポータブルトイレに移乗できる技術をお伝えします。
	慢性的な便秘なので注意深く見守りながら介助を行います。
足の筋力維持	骨折、転倒のリスクを減らすため理学療法士を派遣し、在宅によるリハビリサービスを毎週土曜日に行います。
	時間帯によっては立てるときもあるので筋力維持の為、その時間帯はヘルパーの介助により車いすへの移乗を自力で行っていただきます。
食事介助	誤嚥がしやすくなってきているので、とろみ食等の誤嚥しにくい料理の提供をします。 A子さんに好みの味を聞いた上でB男さんに簡単にできる料理のレシピをお教えします。
入浴介助	B男さんの介護負担を減らすため、毎週水曜日に入浴介助を行います。
	A子さんの安全を考え、2人体制で行います。入浴介助の際、関節の硬直を少しでも防ぐため手足のマッサージを行います。

【生活援助】	
サービス項目	サービス内容
共依存状態への解消	伺った際には、B男さんに外に出て行ってもらい、気分転換を図っていただきます。 また、同時にB男さんへのストレス解消の為、ヘルパーがメンタルケアを行います。
幻覚・妄想の解消	A子さんが安心して暮らせるように環境を整えます。
服薬管理	毎日、決まった時間の投薬が必要なので、ヘルパーが投薬を行った時間を記録し、B男さんに報告します。また同時に決まった時間に薬を飲んでいただくように、薬の管理をしやすいように工夫し、B男さんにアドバイスします。
コミュニケーション	A子さん本人は声が小さく、聞き取りにくいところがあるので、また愚痴を言わない性格なのでわずかなSOSを見逃さずに注視し、随時B男さん他ご家族に報告します。
見守り	パーキンソン病は進行すると痛みを伴います。常に見守りをして痛みを訴えているようでしたらすぐにご家族と主治医に報告します。また他の病気を発症していないか見守りを行います。 常に主治医と連絡を取りながら見守りとケアを行っていきます。

【備考】

◆今のサービス提供は、利用者本人またはその家族に伝えたいことを記載
・介護サービスを提供するに当たり、家族に知っていてほしいこと
・今後のサービス提供についての方向性

◆また昼夜介護は、利用者本人の負担になりがちです。これがひどくなるとB男さんがうつ状態になり、利用者への負担につながり、最悪自殺してしまう危険性をはらんでいますので十分気を付けましょう。

◆食事に関して、誤嚥のリスクが高まっています。A子さんにとって食事は唯一の楽しみだと思いますので「胃ろう」の検討も含め、スタッフ、家族も含め話し合ってください。

◆B男さんの息抜きの時間を作っていただくためショートステイ、デイサービスの提案をしていきましょう。

◆A子さんの転倒のリスクを減らすため24時間対応のネットワークを作ってください。

私は上記の訪問介護計画書に基づきサービスを提供することに同意します。

<指定訪問介護事業所：0000000000> 平成 〇〇 年 △ 月 × 日

◆〇〇ケアステーション

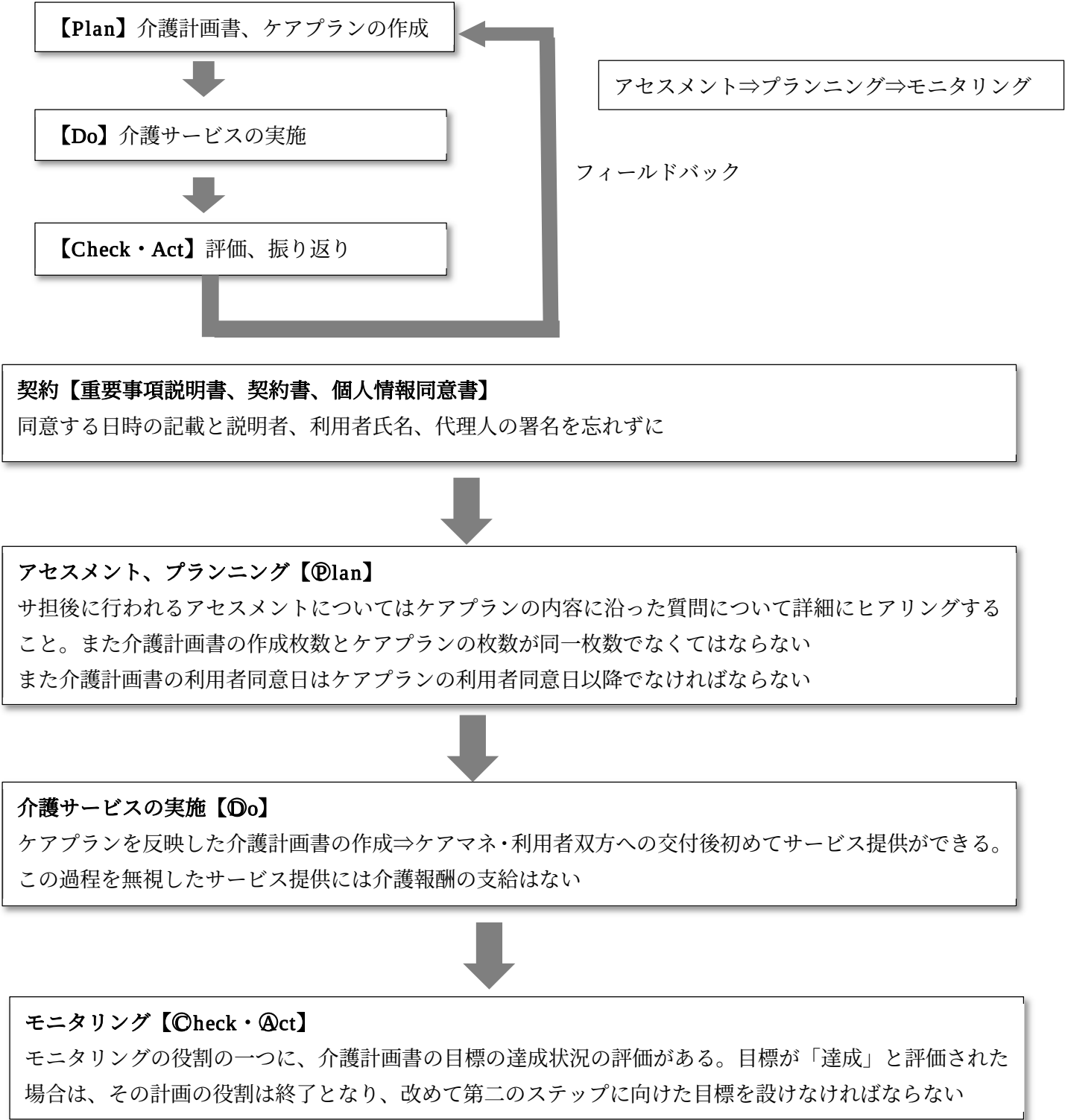
利用者 _____ 印

東京都中央区東日本橋〇ー〇ー〇 △△ビル5 F

TEL：00-0000-0000 / FAX：00-0000-0000 印

代表取締役：介護 太郎 管理責任者： 〇〇 〇〇 代理人 _____ 印

図 8 ケアマネジメントプロセス
PDCA サイクルについて



以上から介護サービスが提供されている事を証明するには以下の流れでなければならない

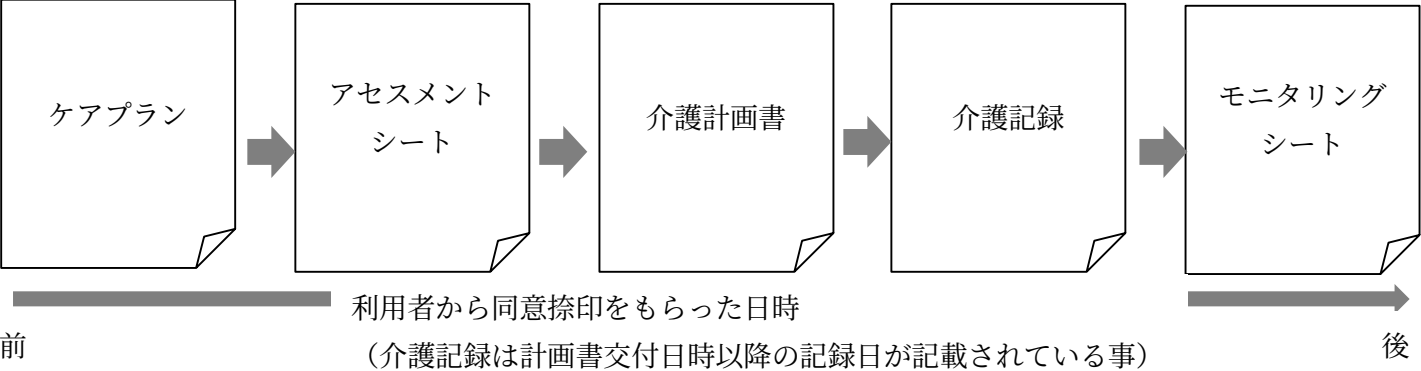


図9 訪問介護記録様式と記載方法

サービス実施記録票【訪問介護】

サービス提供日 年 月 日

提供日時は忘れずに

利用者様氏名 様 訪問介護員氏名

利用時間

提供日時は忘れずに

バイタル	体温	度	脈拍	回/分	血圧	mmHg/	mmHg
身体介護	☐ 排泄介助(トイレ利用、ポータブルトイレ利用、おむつ交換)						
	尿(多量・普通・少量:約 cc)						
	便(多量・普通・少量) 状態(						
	☐ 食事介助			☐ 移乗・移動介助			
	☐ 洗顔			☐ 体位交換			
	☐ 口腔ケア			行			
	☐ 清拭			歩行			
	☐ 入浴(全身・部分(箇所:)・シャワー・洗髪)			☐ 起床・就寝介助			
	☐ 身体清容(整髪・)			☐ 服薬介助(服薬促し・服薬確認)			
	☐ ひげそり			☐ 自立支援のための見守り援助			
☐ 更衣着脱介助()							
☐ その他()							
備考							
生活援助	☐ 調理 ☐ 配膳 ☐ 下膳 ☐ 献立作成						
	☐ 洗濯(洗濯機・干す) 取入れ・整						
	☐ 掃除(居室・台所・トイレ)						
	☐ ベッドメイキング(シ						
	☐ 衣類の整理・被						
	☐ 衣類の整理・被服						
	☐ 確認(火元・電気・						
	☐ その他(						
備考							
健康状態 に関して							
全体備考							
本社所在地							
法人名							
代表者名							
事業所名							

図3 介護記録、業務日誌を参照

・普段のケアに比べ変化がある場合

・情報共有しなければいけない場合

・ヒヤリハットにつながるケースが発生した場合

については追記として特に詳しく記載。

もしヘルパーと利用者のやり取りがあれば追記を使い記載すること。

記載について

・まず提供日時を記載する事

・(身体介護・生活援助) 備考欄、健康状態に関して、全体備考等各欄についての記載方法については図3を参照

・記載量が多いときは追記として白紙を利用

➡本誌とホッキキスで止め1部とする

提供したサービス内容に✓

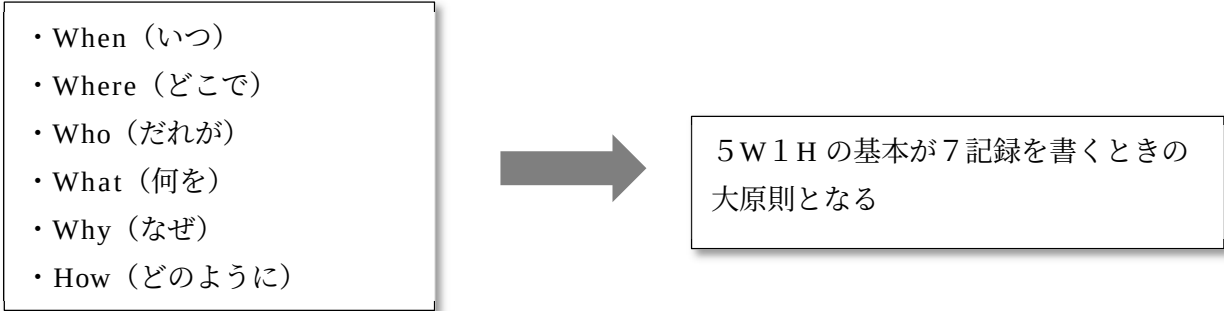
生活援助についても同様

訪問介護員氏名 印

利用者様氏名 印

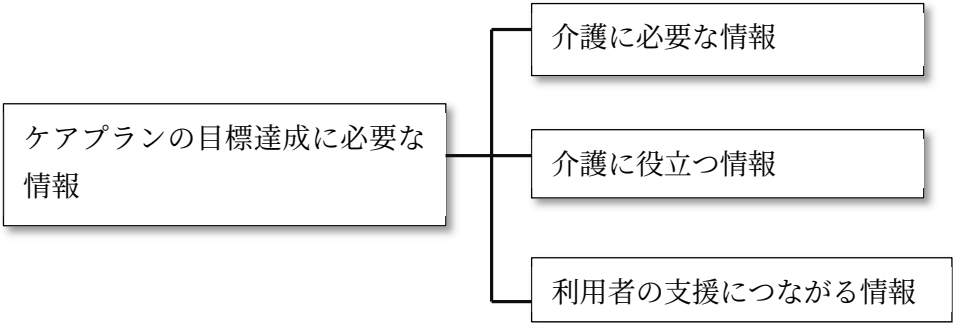
図 10 介護記録、業務日誌

記録の書き方の基本



ケアプランの目標と介護記録の関係

全ての介護記録はケアマネから提出されたケアプランの目標に沿った記録をしなければならない。



事例

ケアマネから提出されたケアプラン

長期目標
自宅内を転倒なく確実に一人で歩行することができる。

短期目標
歩行訓練を繰り返し、1日3分は手すりにつかまりながら、歩くことができる。

ケアプランを反映

介護現場での介護記録

書くべき情報

①利用者の日常生活の歩行の様子はどうか
②歩行訓練時の様子や効果はどうか
③ヘルパーが歩行介助したのはどんな状況の時で、どのような介助をし、その時の利用者の反応(表現、言動)はどうか
④ヘルパーがどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
⑤ヘルパーが気づいたこと

長期目標
楽しみをもって生活できるようにする

短期目標
・散歩しながら、楽しみを見つけられるようにする。
・近所の人と雑談できるようにする。

ケアプランを反映

書くべき情報

①利用者の日常生活の様子はどうか
②散歩の際利用者とヘルパーはどのような会話を交わしたか
③他の生活場面で利用者が楽しみをもっていることは何か
④ヘルパーが気づいたこと

【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方から引用

ケアの目標や次のサービスに役立てることを意識する【施設サービス】

利用してまだ日が浅い鈴木さんが、朝から施設内を行き来している為、聞いてみると、「家に帰りたい」と言っていた。しかしながら朝食の準備に関心を示し、鈴木さんがその場を離れ、訴えが中断したため、特段の対応はしなかった

その日の午後、フロアにいた鈴木職員が、別の利用者をトイレに誘導し介助している際に鈴木さんが居室横の非常口のドアを開け、出ていこうとしているところを発見した。それに吉田も気づき、鈴木さんに声をかけ、居室に無事誘導できた。

今回の反省点とし、カンファレンスを開催し、鈴木さんに対し、“異変”（不安げに歩き回る、「家に帰りたい」と訴える等）を察知した場合、すぐにフロアスタッフ全員に周知し（スタッフルームの掲示板、または申し送り簿）気づいたスタッフを中心に、様子観察を行い、当日は終日注意すること。

また鈴木さん本人がなるべく関心を持ちそうなことを探り、参加していない行事等にも積極的に声をかけ、参加を促すことを申し合わせた。詳細はカンファレンスノートに記載

今回の出来事をどう対処していくのか、
考えられる解決策を記載しておく。

正確な情報、また確認できた情報を記載する

・事実を確認してから記録に残す

推測する場合でもその根拠が必要

適切でない記録例

田中（ヘルパー）が夜間に伺ったところ、加藤さんがベットの横の床に転倒しているところを発見した。

適切な記録例

田中（ヘルパー）が夜間に伺ったところ、加藤さんがベットの横の床に寝ているのを発見した。

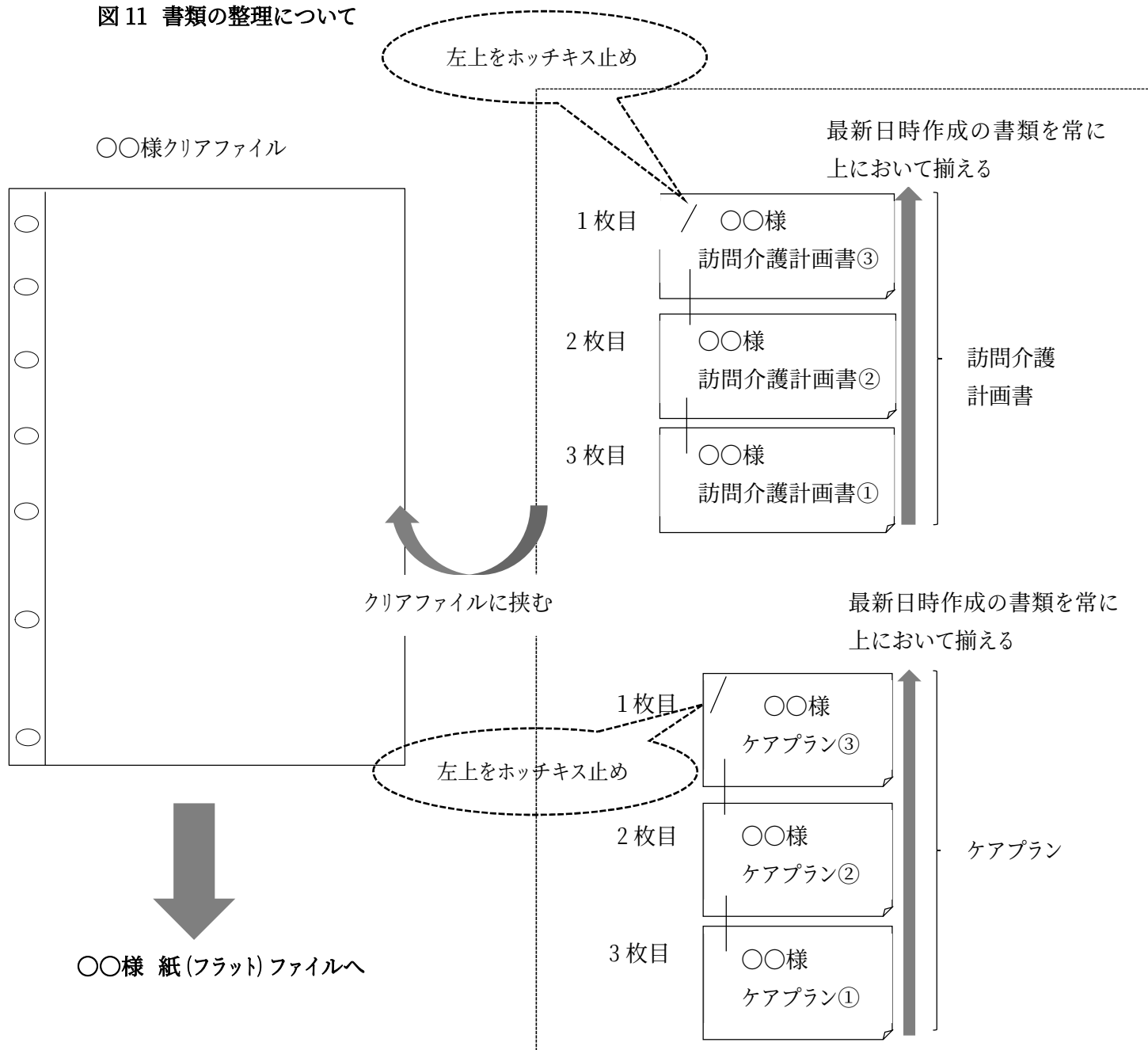
転倒を目撃していなく、巡回中、床の上にうつぶせの状態の利用者を発見したに過ぎない。この時点で転倒と記録するのは早計というもの。この段階では、事実をありのままに記録。

特に外傷もなく意識もあったが、すぐに高田看護師に連絡し、高田看護師も同様に確認を行う。

しかしながら特別異常は見られなかった。高田看護師から、斉藤サ貴及び鈴木医師に連絡後、その後の指示もあり、ベットへ移動し、安静にして様子を見ることとし、バイタルサイン等その後の状態確認を行った。

朝まで特段の変化や訴えもなく加藤さん本人もその後、良眠状態で異常も見られなかったが、就寝時、通常ベットサイドに設置してる車いすが壁際に放置されていたことから考察すると、自力でベットから車いすに移乗しようとして失敗し、転倒したと推測される。

図 11 書類の整理について



● 各書類保存方法

